APERÇU

SUR

L'OVARIOTOMIE

SUIVI DE

TABLEAUX ANALYTIQUES ET SYNOPTIQUES

Fondés sur 645 Observations

PAR

LE D[r] M.-L. NEGRONI



PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-EDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1866

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue Mr-le-Prince, 31.

APERÇU

SUR

L'OVARIOTOMIE

> Difficile profecto est in universum judicare quid in chirurgià fieri nequeat.
>
> (FRIEND. *Hist. med.*)

I

L'ovariotomie est une opération qui a pour but d'extirper un ou les deux ovaires dégénérés, au moyen d'une incision pratiquée dans les parois du ventre.

Il y a vingt-trois siècles, Praxagoras, qui n'avait pas une entière confiance dans les vertus curatives de l'ail et du raifort (1) contre l'iléus, ouvrait largement l'abdomen et enlevait l'obstacle qui s'opposait au libre cours des matières. Les anciens peut-être ne partageaient pas la crainte exagérée que nous avons d'exposer pendant quelques instants le péritoine à l'action nuisible de l'air. Cepen-

(1) PLINE. Liv. XX, c. 13 et 23,

dant Cœlius Aurelianus désapprouve la méthode de Praxagoras, et qualifie sa chirurgie de téméraire.

On trouve dans les auteurs plusieurs exemples de gastrotomie pratiquée dans le but d'arriver à la destruction des kystes de l'ovaire. Un des premiers en date est fourni par le Dr Robert Houstoun (1701) (1). Cyprien, Ledran et Delaporte ont eu recours à la même méthode, le premier dans un cas de grossesse tubaire (2), et les deux derniers pour des kystes de l'ovaire (3).

Delaporte, peu satisfait probablement de l'incision de la poche, propose l'extirpation de la tumeur :

« Ne serait-il pas possible, dit-il, d'entreprendre d'emporter le foyer de la maladie, je veux dire la tumeur formée par l'ovaire, quand la cause ne dépend que d'un vice hydropique, et que l'on a pu reconnaître, dès le commencement, que c'est l'ovaire même, et l'ovaire seul, qui est malade ? »

D'autres médecins, avant Delaporte, s'étaient fait la même question. Schorkopff (1685) pensait que l'extirpation serait un moyen de guérison efficace, mais dangereux et douloureux. Schlencker (1722)

(1) *Philosophical Transactions*, t. XXXIII, n° 381 ; janvier 1724. Londres.

(2) Abr. Cypriani *Epistola historiam exhibens fœtus humani post menses* XXI *ex uteri tuba, matre salva ac superstite, excisi.* Leyde, 1720.

(3) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, t. II. 1753.

pose le problème, et en remet la solution à la prudence des opérateurs. Van Swieten, dans ses commentaires sur les Aphorismes de Boerhaave (1771), admet l'opération comme praticable, tandis que Targioni Tozzetti et Morgagni sont d'un avis contraire. Targioni prétend qu'il ne faut point y penser sérieusement (1). Morgagni, après avoir reconnu la difficulté de guérir l'hydropisie enkystée, et avoir repoussé la ponction comme nuisible, ajoute que, pour éviter la reproduction du liquide, il faudrait recourir à l'ablation du kyste. Mais qui oserait, dit-il, proposer ou effectuer une semblable opération?

« Ne igitur cystis, vetero emisso humore, novo « distenderetur, opus esset, quemadmodum in ex« terioribus folliculis fit, totam ipsam posse aut ab« sumere aut extirpare. Quorum primum in ma« gno, et inter viscera abdito sacco, quis proponet « aut ferat (2)? »

L'ovariotomie proprement dite ne paraît dater que de la fin du siècle dernier. Dès la plus haute antiquité, on enlevait ou l'on atrophiait les ovaires sains (3); mais dans les ouvrages de médecine qui nous restent, il n'est nullement question de l'extirpation de ces organes à l'état de maladie.

En 1782, Laumonier, de Rouen, pratiquait l'ovariotomie sur une femme âgée de 21 ans; la malade

(1) *Osservazioni mediche.* Firenze, 1752.
(2) *De sedibus et causis morborum.* Epist. 38, c. 68, 69.
(3) Voyez la note *A*, à la fin.

guérit. Quelques personnes ont contesté à Laumonier l'honneur d'avoir le premier accompli cette opération, sous le spécieux prétexte qu'il s'était borné à ouvrir un abcès, et que l'ovaire n'avait été extirpé qu'accidentellement. Cette allégation ne me paraît pas sérieuse. Quelle que soit l'intention du chirurgien lorsqu'il donne le premier coup de bistouri, l'opération prend sa dénomination du résultat de son achèvement, et non d'une intention qui peut et qui doit se modifier selon les indications du moment. Laumonier l'entendait ainsi, et il termine sa relation par ces mots : « Cet exemple et celui de l'amputation totale de l'utérus et du vagin, pratiquée avec succès, autorisent également à assurer qu'avec les connaissances profondes de l'anatomie, il n'est guère d'organes sur lesquels on ne puisse exercer avec avantage les diverses opérations de la chirurgie » (1).

Ce n'est que 28 ans plus tard, décembre 1809, que le Dr Ephraïm Mac Dowell, du Kentucky (États-Unis), fit avec succès sa première opération d'ovariotomie. M. le professeur Gross a revendiqué avec beaucoup de chaleur la priorité de son compatriote, dans un rapport sur l'état de la chirurgie dans le Kentucky, lu devant la Société médicale de cet État, à Louisville, octobre 1852. Il croit avoir le premier établi, d'une manière irrécusable, les droits de Mac Dowell à la découverte de l'ovariotomie et à sa

(1) *Mémoires de la Société royale de médecine.* 1782-83.

première exécution. Ce dernier, au témoignage d'un de ses neveux, n'aurait pas opéré moins de treize fois, quoique les cas d'ovariotomie complète qui ont été publiés ne dépassent pas le nombre de cinq, dont un suivi de mort.

On doit tenir grand compte au praticien du Kentucky des opérations pratiquées par lui, mais cela ne doit pas nous rendre injuste envers les autres.

Un chasseur indien, John King, du même État que Mac Dowell, dispute à ce dernier l'honneur d'avoir effectué la première opération d'ovariotomie en Amérique. John King (1) l'aurait pratiquée sur une femme que Mac Dowel avait déclaré être incurable et devoir mourir des suites de la rupture de son kyste.

C'est là trop souvent l'histoire des découvertes. Si l'on tenait compte de certains faits ayant précédé la plupart d'entre elles, on verrait combien on doit rabattre des prétentions des inventeurs. « Messieurs, cet instrument, ce procédé, ont été découverts pour la dixième, pour la vingtième fois par le docteur un tel. » Qui ne se souvient de ces paroles prononcées devant un auditoire nombreux par un des professeurs les plus aimés et les plus regrettés de l'École de Paris? Chacun comprend que j'ai cité M. Malgaigne.

Je crois que les véritables origines de l'ovariotomie doivent être cherchées dans certaines blessures

(1) *Transactions of the american med. association.* Février 1860.

accidentelles et dans les castrations criminelles ou non effectuées sur des femmes. On nous rapporte même que des châtreurs de profession ont été jusqu'à pratiquer, l'un, l'opération césarienne sur sa femme, l'autre, la castration sur sa fille surprise en faute (1).

En présence de ces faits, on peut bien se demander si le mérite d'une découverte doit appartenir exclusivement à celui qui passe pour en être l'auteur.

A la suite de cette foule d'inventeurs connus ou inconnus, viennent, suivant l'ordre chronologique : Laumonier, 1782; John King, 1808 ; Mac Dowell, 1809 ; Emiliani, 1815 ; Lizars, 1823; Charles Clay, de Manchester, 1842 ; Henri Walne et Fréd. Bird, Londres, 1842 et 1843; J. L. et W. L. Atlee, Amérique, 1843 et 1844; Woycikowski, France, 1844 ; etc.

Si l'on ne peut admettre que la première opération d'ovariotomie ait été entreprise en Amérique, on devra cependant convenir que c'est grâce aux chirurgiens anglais et américains qu'elle a été introduite définitivement dans la pratique. Il y a des ovariotomistes (MM. Washington Atlee, de Philadelphie, et Ch. Clay, de Manchester, entre autres) qui l'ont déjà pratiquée plus de cent fois. MM. Spencer Wells et I. Baker-Brown les suivent de près. Le succès du reste couronne les efforts de ces har-

(1) Voyez la note *B*.

dis pionniers de l'art chirurgical. En admettant même qu'il y ait beaucoup de revers tenus dans l'ombre, les cas de guérison sont assez nombreux et assez authentiques pour nous autoriser à considérer cette opération comme devant être faite dans certaines circonstances données. Cependant, en Allemagne et en France, les insuccès jusqu'ici ont découragé les chirurgiens. J'en excepte M. Kœberlé, de Strasbourg, qui a été très-heureux dans sa pratique. A quoi tient cette différence au détriment de ces deux pays? Serait-elle due à la race, à la constitution physique de l'individu, aux conditions hygiéniques? On trouve dans les récits de quelques voyageurs des exemples frappants de tolérance traumatique chez certaines races (1). Mais cette résistance vitale ne tient probablement qu'au mode de vie, à l'activité propre de ces peuples. L'éducation physique, la manière de vivre en famille et en société, la transmigration facile et fréquente d'un pays à un autre ne contribuent pas peu à développer l'énergie individuelle. D'un autre côté, on ne peut pas nier l'influence de l'état physique et de l'état moral de l'homme sur les maladies qui peuvent l'atteindre. Les conditions hygiéniques du lieu ne sont pas non plus étrangères à la réussite des opérations. La vie de campagne est

(1) L'abbé Domenech cite des exemples de blessures graves que s'infligent impunément certaines classes d'indigènes du nouveau monde. (*Voyage pittoresque dans les déserts du nouveau monde.* Paris, Morizot, 1862.)

plus favorable que celle des villes, des grandes villes surtout, et celles-ci offrent également des différences entre elles. Londres, par exemple, paraît mieux partagée que Paris au point de vue de l'hygiène. L'ovariotomie s'y pratique parfaitement dans les grands hôpitaux, et compte bon nombre de succès : 15 cas de guérison sur 32 opérations (1). En Irlande, elle n'a pas eu de résultats aussi favorables ; et l'on sait que cette île n'est pas aussi bien partagée que la Grande-Bretagne.

En France, malgré quelques succès (27 guérisons sur 45 cas rendus publics), l'ovariotomie ne paraît pas jouir d'une grande faveur. Croit-on avoir assez examiné pour renoncer à cette opération? Ne doit-on laisser aux malheureuses malades d'autre ressource que l'expectation ? En a-t-on le droit? C'est pourtant dans l'hydropisie des ovaires que l'intervention de l'art est toute-puissante. L'opération, très-simple par elle-même, est rendue facile dans la plupart des cas par l'isolement de la tumeur, qui est, pour ainsi dire, comme un corps étranger dans l'abdomen (2). Dans le cas de suc-

(1) Je ne fais pas entrer dans cette catégorie les opérations faites par MM. Baker-Brown et Sp. Wells. Le *London surgical Home* est une maison qui ne reçoit que des pensionnaires pouvant payer de 10 à 50 sh. par semaine. *Samaritan free hospital* est une maison convertie en hôpital, et ne peut pas être assimilée aux grands hôpitaux, tels que *St-Barthelemy*, *University college*, etc.

(2) Il ne faut pas oublier que les ovaires sont destinés à la

cès, le kyste enlevé, la femme est guérie radicalement. La nature ne fait rien pour la guérison des kystes multiloculaires, et malheureusement la plupart du temps ils sont tels. Sur 493 tumeursovariennes dont on a déterminé l'espèce, je trouve seulement 65 kystes simples. Il faut ajouter qu'un kyste, simple dans le commencement, devient souvent multiloculaire au bout d'un certain temps, que les kystes nouvellement développés proviennent d'une génération particulière des parois du kyste primitif (accroissement endogène), ou bien d'une évolution morbide des follicules de Graaf. Le nombre infini des petits kystes qu'on trouve dans certaines espèces de tumeurs n'exclut pas cette dernière hypothèse; car, suivant M. le professeur Sappey, les vésicules de Graaf se comptent par centaines de mille.

La ponction a aussi ses dangers, et non-seulement elle ne guérit pas, mais elle paraît provoquer le développement des autres kystes et activer là sécrétion du liquide. Une ponetion en appelle toujours une autre, si l'on ne parvient pas à modifier la paroi interne de la poche; mais l'injection iodée qui pourrait amener ce résultat n'est possible que dans les kystes simples.

Quant au traitement médical, il est inutile d'en parler.

L'incision du sac offre plus de danger que l'ex-

conservation de *l'espèce*, mais ne sont nullement nécessaires à *l'individu*.

tirpation. Cependant, dans certains cas urgents de kystes multiloculaires, quand l'ablation de la tumeur sera rendue impossible par des adhérences trop étendues, on sera forcé de recourir à l'incision.

L'extirpation, en somme, est le seul moyen rationnel et efficace. Cette opération n'offre pas plus de danger que les autres grandes opérations qui sont pratiquées généralement. Elle est même moins dangereuse que certaines d'entre elles, la désarticulation et l'amputation de la cuisse, par exemple.

Voici les résultats comparatifs de quelques statistiques d'ovariotomie et d'autres opérations.

OPÉRATIONS D'OVARIOTOMIE COMPLÈTE.

STATISTIQUES	Totaux.	guéris.	morts.	proportion des guér.
De MM. W. L. Atlee (1845 et 1851)	159	97	62	61,00 0/0
— Fock (1856)	292	172	120	58,90 —
— Lyman (1856)	»	»	»	57,22 —
(Sur 300 observations il y a eu ovariotomie complète sur les 7/10es des cas).				
— Simon (1858)	44	12	32	27,27 —
(Opérations pratiquées en Allemagne).				
— J. W. Hamilton (1859)	37	21	16	56,75 —
(Opérations pratiquées dans l'État de l'Ohio (Amérique).				
— J. Clay (1860)	395	212	183	53,67 —
— Negroni (1865, ...	247	154	93	62,34 —

AUTRES OPÉRATIONS.

	Totaux.	guéris.	morts.	proportion des guér.
Ligature des grandes artères (Inman et Philips).	370	247	123	66,75 0/0
Amputation des membres (Malgaigne).........	852	520	332	61,00 —
Ligature de la sous-clavière (Inman)..........	40	22	18	55,00 —
Herniotomie (Cooper et Inman)................	622	326	296	52,41 —
Désarticulation du coude (Legouest)...........	»	»	»	52,00 —
Désarticulation de l'épaule (Legouest).........	»	»	»	40,50 —
Amputation de la cuisse (Malgaigne)..........	200	78	122	39,00 —
Désarticulation coxo-fémorale (Cox)	24	6	18	25,00 —
Idem. idem. (Legouest).....	»	»	»	12,30 —
Désarticulation du genou (Legouest)......... .	»	»	»	13,00 —

Si l'on prend les statistiques particulières de quelques ovariotomistes, on obtient des résultats plus encourageants encore.

NOMBRE DES OPÉRATIONS PRATIQUÉES	Totaux.	guéris.	morts.	proportion des guér.
par MM. W. L. Atlee, jusqu'au 26 octobre 1865.	126	»	»	»
— I. Baker-Brown. — septembre 1863.	58	32	26	55,17 0/0
— Ch. Clay. — décembre 1864.	112	78	34	69,64 —
— E. Kœberlé. — juin 1865.	18	13	5	72,22 —
— Tyler Smith. — juin 1863.	16	13	3	81,25 —
— T. Spencer Wells. — septembre 1863.	74	49	25	66,21 —

Ce n'est pas seulement pour l'ablation des ovaires qu'on a pratiqué la section abdominale. Déjà, en 1842, M. Ch. Clay avouait son intention d'ouvrir largement l'abdomen pour débarrasser les malades de tumeurs autres que celles des ovaires : « Pourquoi, dit-il, n'extirperait-on pas la rate dégénérée, ou des tumeurs adipeuses de l'épiploon, ou des tumeurs fibreuses du fond de l'utérus? »

M. Spencer Wells se fait la même question à la séance de la Société pathologique de Londres du 2 décembre 1862.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus ont déjà été enlevées un grand nombre de fois, à travers une incision de l'abdomen ou par le vagin. M. Washington Atlee compte à lui seul plus de 45 cas. Sur 18 publiés dans les Transactions de l'Association médicale américaine pour l'année 1853 et dans l'*American journal of med. sc.*, avril 1855, je trouve 11 cas de guérison et 9 de mort. M. Routh cite 19 ablations de tumeurs fibreuses utérines par la section abdominale : 7 guérisons, 12 morts (*The Lancet*, décembre 1863 et janvier 1864). On compte 16 cas d'extirpation de l'utérus par la gastrotomie (1) ; la première fut faite en 1831 par le professeur Delpech (2). Sur ces 16 opérations, il y a eu 5 guérisons, ou un tiers. Il y a quelques semaines seulement, M. Spencer Wells enlevait une rate de 6 livres et demie sur une femme âgée de 45 ans. Quarante-huit heures après l'opération, la patiente était aussi bien qu'on pouvait le désirer.

Je ne cite pas ces faits comme des exemples à suivre à la légère. Je me bornerai à émettre l'opinion qu'il est imprudent de repousser certaines opérations *a priori*.

(1) Voyez la note *C*.
(2) *Mémorial des hôpitaux du Midi.* Montpellier, 1831. In-4°.

II.

Quels sont les cas dans lesquels le chirurgien doit intervenir, et dans quelles conditions doit-il se placer pour le faire avec avantage ?

Avant toutes choses, il faut être certain qu'on a affaire à un kyste ou à une tumeur solide de l'ovaire, et que cette affection ne s'accompagne pas de complications graves compromettant la vie par elles-mêmes. Tant que la tumeur reste stationnaire, que la santé de la malade est bonne, qu'il n'y a pas de gêne dans les fonctions, on comprend qu'il faille se garder de proposer une opération quelconque. Quelquefois la maladie reste stationnaire pendant longtemps; cela est rare, mais cela se voit. L'ovariotomie sera justifiable quand la vie de la malade sera en danger, mais il ne faut pas attendre non plus que la santé soit trop détériorée. M. le professeur Nélaton veut qu'on opère seulement quand il y a danger de *mort certaine et prochaine* (1). M. Tyler Smith soutient que les personnes bien portantes supportent moins bien l'opération que les autres ; il cite, à l'appui, une phrase de Hunter :

(1) Ce sont là, suivant M. Nélaton, les conditions indispensables pour que l'on soit autorisé à entreprendre l'opération de l'ovariotomie. Ces conditions nous expliquent la proportion de succès peu favorable de ce célèbre chirurgien : 4 cas de guérison sur 11 opérations.

Health bears disease ill; mot à mot, *la santé supporte mal la maladie.* Cela pourrait signifier aussi que, chez les personnes bien portantes, la réaction est très-marquée. ce qui ne me paraît pas un mal. Quelques chirurgiens veulent que l'on opère le plus tôt possible; c'est aller un peu vite. L'opération est assez grave pour qu'on s'interdise de la pratiquer à moins de nécessité absolue. Il y a des cas dans lesquels la tumeur se développe très-rapidement; on comprend qu'alors il y aurait danger à attendre. Quelquefois il sera bon de faire suivre aux malades un traitement préparatoire tonique. Si l'abdomen était distendu au point de compromettre la santé de la femme, on pourrait pratiquer une ponction, et prescrire le repos pendant quelques jours.

Règles à suivre dans le cas où l'opération sera décidée.

1° La malade prendra un ou deux laxatifs la veille de l'opération. M. Baker-Brown conseille des bains chauds, dans le but de mettre la peau dans de bonnes conditions de perspiration.

2° La chambre occupée par la malade sera saine, aérée, exposée à la lumière et maintenue à une température de 20° environ au moment de l'opération et les jours suivants; l'atmosphère de la pièce sera tenue à un degré convenable d'humidité. M. Clay a grande confiance dans la température élevée; M. Spencer Wells la veut modérément éle-

vée; après l'opération, il recommande d'entretenir un bon feu dans la cheminée, afin de renouveler l'air.

3° La malade sera mise sous l'influence du chloroforme. L'emploi des anesthésiques est aujourd'hui indispensable. M. Spencer Wells pense qu'on diminue ainsi le danger de mort par l'ébranlement nerveux. M. Ch. Clay croit que, si l'on pouvait se dispenser de ces agents, ce serait à l'avantage des opérées, car dans ce cas on éviterait en partie les vomissements.

4° La position à donner à la malade n'est pas la même pour tous les chirurgiens : M. Tyler Smith place la femme dans une position demi-assise, afin d'éviter l'écoulement des liquides dans la cavité abdominale (cette position n'est pas sans inconvénients pour l'administration du chloroforme). M. Baker-Brown fait coucher la malade sur un lit très-bas, légèrement incliné, les deux jambes écartées et pliées sur les cuisses. Dans ces deux positions, l'opérateur se trouve assis en face de la patiente. M. Spencer Wells opère debout ; la malade est couchée horizontalement sur un lit assez élevé pour ne pas gêner le chirurgien et les aides.

5° Elle portera chemise et caleçon de flanelle, et aura le corps exposé le moins possible à l'action du froid.

6° Deux aides tiendront leurs mains appliquées sur les côtés du ventre de la malade.

7° L'incision sera faite sur la ligne médiane,

2 pouces environ du pubis. M. Clay fait, du premier coup, une longue incision en rapport avec le volume de la tumeur à enlever; MM. Spencer Wells et Baker-Brown la font courte, sauf à l'agrandir, s'il est nécessaire. Les avantages et les inconvénients de l'un et de l'autre procédé ont été exagérés; l'incision longue donne beaucoup plus de facilité à l'opérateur.

8° Dans le cas où les intestins auraient de la tendance à s'échapper, il faudra les maintenir au moyen de flanelles trempées dans de l'eau à 35° environ et tordues.

9° Les adhérences, autant que possible, seront détachées avec la main, et les vaisseaux liés au fur et à mesure qu'ils donneront du sang.

10° La tumeur, si c'est un kyste, sera vidée en grande partie de son contenu avant d'être attirée hors de l'abdomen. On aura soin qu'il ne s'écoule pas de liquide dans la cavité péritonéale. Le pédicule sera serré au moyen d'un clamp, ou lié en une ou plusieurs portions, suivant son épaisseur, et coupé au-dessus de la partie étranglée. MM. Spencer Wells et Baker-Brown recommandent de le maintenir à l'extérieur, dans l'angle inférieur de la plaie. M. Clay le lie près de sa racine, et le laisse descendre dans l'abdomen. M. Tyler Smith suit souvent un procédé très-commode, et qui délivrerait le chirurgien du plus grand embarras, s'il était reconnu exempt de danger. Il coupe ras les chefs des fils à ligature, laisse tomber le pédicule dans

l'abdomen et ferme complétement la plaie. Il y a des raisons pour et contre les deux premiers procédés. Je ne crois pas qu'on doive admettre l'un ou l'autre d'une manière absolue. Dans les cas où le pédicule sera assez long pour ne pas exercer de traction sur l'utérus, il y aura avantage à le tenir à l'extérieur, lié et fixé dans la plaie au moyen d'une épingle, ou bien maintenu par un clamp très-léger. S'il est court, il vaut mieux le laisser descendre dans l'abdomen en maintenant les fils de la ligature dans la plaie. Quant au procédé de M. Tyler Smith, j'avoue que l'idée de renfermer dans l'abdomen une portion de tissu étranglé, par conséquent mortifié, ne me tente guère. Cela pourrait se faire dans quelques cas de pédicule très-grêle et nullement vasculaire qu'on séparerait par la torsion, ou au moyen de l'écraseur linéaire.

11° Avant l'occlusion de la plaie, on s'assurera que l'autre ovaire est sain, puis on épongera soigneusement la cavité abdominale et on cherchera s'il n'y a pas quelques vaisseaux qui donnent du sang.

12° La plaie sera fermée au moyen d'une suture entortillée ou entrecoupée, faite avec des fils métalliques, de chanvre ou de soie (cela paraît indifférent). Les points de suture doivent-ils traverser le péritoine ou doivent-ils être en dehors de la séreuse? MM. Clay, Baker-Brown et Kœberlé ne comprennent pas le péritoine dans la suture. MM. Spencer Wells et Tyler Smith mettent les

deux surfaces opposées de la séreuse qui bordent la plaie en contact. Ce dernier procédé, déjà indiqué par Celse (l. VII, c. 16), paraît plus sûr. Dans le cas de suppuration de la plaie, il y a danger que le pus ne tombe dans l'abdomen. Ce danger est moins immédiat quand les deux surfaces péritonéales ont été mises en contact et contracté des adhérences.

13° S'opposer à la stagnation des liquides putréfiés dans l'abdomen. M. Peaslee (États-Unis) pratique, quand il le faut, des injections détersives dans la cavité abdominale avec un sérum artificiel chauffé à 36 degrés. M. Kœberlé momifie le moignon du pédicule et les parties libres des ligatures avec du perchlorure de fer. La mauvaise odeur qui pourrait se dégager de la plaie sera neutralisée au moyen d'un désinfectant qui n'impressionne pas désagréablement la malade.

14° Le traitement consécutif, suivant M. Ch. Clay, a la plus grande influence sur le succès de l'opération. Dans le cas de vomissements, attribués par lui à l'action du chloroforme, il patiente jusqu'à ce que le sang se soit débarrassé de son excès de carbone : il donne des boissons très-simples et peu de nourriture. Il sonde la malade les cinq ou six premiers jours qui suivent l'opération. Les selles sont facilitées par des lavements à l'huile de ricin ou au fiel de bœuf, et les accidents inflammatoires combattus par des fomentations chaudes. Il apaise la douleur au moyen des opiacés.

M. Kœberlé emploie également le traitement antiphlogistique. Il prescrit l'abstinence de boissons et d'aliments pendant les trois premiers jours, des vessies pleines de glace sur la plaie, et glace dans la bouche pour tromper la soif.

M. Baker-Brown calme la douleur par des inhalations de vapeurs de térébenthine, et nourrit les malades dès le premier jour au moyen d'injections de thé de bœuf et de vin d'Espagne dans le rectum. Ce moyen de nourrir l'opérée par le rectum, dans les cas de vomissements, n'est pas à négliger.

M. Spencer Wells recommande le repos après l'opération, chaleur douce, propreté. Il apaise la douleur au moyen de cataplasmes chauds sur le ventre et de lavements opiacés. Il combat les vomissements par des boissons froides et de la glace dans la bouche, fait usage de stimulants dans le cas de faiblesse, et nourrit également ses opérées dès le premier jour : l'alimentation est simple, mais substantielle.

15° Les points de suture pourront être enlevés à partir du troisième jour. Les personnes qui se servent du clamp l'enlèvent le deuxième ou troisième jour, quelquefois même au bout de quelques heures. Dans ce cas, il y a à craindre l'hémorrhagie par le pédicule. Cette hémorrhagie peut être provoquée dans certains cas par le retour de la fonction menstruelle à son état normal. Chez quelques opérées, les règles, qui avaient été supprimées pendant la maladie, ont repris leur cours

naturel après l'opération. Chez d'autres, elles ont été anticipées de dix, quinze et vingt jours. Il s'agit, bien entendu, de femmes auxquelles on n'a enlevé qu'un seul ovaire, ou qui n'avaient pas atteint la ménopause.

M. Ch. Clay admet certains jours critiques. Dans les vingt-quatre heures, il y a à craindre l'ébranlement nerveux. Le troisième jour présente un autre danger dû à l'inflammation dont on n'aura pu se rendre maître. Le sixième jour, les personnes âgées sont sujettes à la prostration qui suit la péritonite. Chez les jeunes personnes, ce danger se présente plus tard, le neuvième ou dixième jour. Le douzième, on doit redouter les accidents consécutifs au relâchement ou à la chute des ligatures du pédicule. A cette période, il peut y avoir attaque de péritonite secondaire. Si l'opérée échappe à tous ces dangers, il y a beaucoup à espérer. M. Clay considère la polyurie comme un signe favorable.

Telles sont les règles prescrites d'une manière générale par quelques ovariotomistes. Chaque cas particulier, du reste, pourra offrir des indications spéciales dont il faudra tenir compte. Il faudra tenir également compte des habitudes de la malade, de sa constitution physique, des conditions hygiéniques locales, etc.

En résumé, quand on se trouvera en présence d'un kyste de l'ovaire, si ce kyste reste stationnaire et ne fait que gêner la malade sans troubler sa santé, il faudra ne rien faire du tout. Si la maladie

fait des progrès plus ou moins rapides et menace la vie de la femme, la conduite du chirurgien sera différente selon qu'il s'agit de kyste simple et à liquide séreux, ou de kyste à liquide filant, ou encore de kyste multiloculaire. Dans le premier cas, on doit recourir à la ponction suivie, au besoin, d'injection iodée. Dans les second et troisième cas, il n'y a d'autre ressource que l'extirpation, à moins qu'on ne veuille abandonner la malade à son malheureux sort. Mon opinion est que le chirurgien n'a pas le droit de priver sa cliente de la seule chance de salut qui lui reste : *Satius est enim anceps auxilium experiri quam nullum* (Celse). Il doit faire connaître à la malade toute la vérité, car, en fin de compte, c'est la patiente qui est la plus intéressée la connaître, lui exposer les dangers et les avantages de l'ovariotomie, et si la femme consent à en courir les chances, la placer dans les conditions les plus favorables à un résultat heureux.

L'ovariotomie n'est pas plus dangereuse que d'autres grandes opérations. Quoiqu'il ne faille pas considérer les statistiques générales comme contenant les cas de mort au même degré que ceux de guérison, on ne peut nier qu'il y ait eu beaucoup de succès, probablement plus de succès que de revers.

« Avant de proscrire, disait M. Cazeaux à propos de l'extirpation des kystes de l'ovaire, il faut examiner, et l'on n'a pas suffisamment examiné. »

M. le professeur Nélaton, qui a été l'introducteur

de l'ovariotomie en France, a dit, dans une de ses leçons, qu'il fallait se défier des craintes exagérees que cette opération faisait concevoir, et qu'on devait la juger sans prévention.

« J'ai toujours pensé, dit M. le professeur Gross dans son *Traité de chirurgie*, que l'extirpation de l'ovaire, dans certaines circonstances, est non-seulement justifiable, mais impérieusement réclamée. J'avoue ne pas comprendre les chirurgiens qui repoussent cette opération, et en même temps n'hésitent pas à faire l'ablation d'un cancer ulcéré du sein ou d'un maxillaire envahi par une tumeur encéphaloïde. Ils ont l'espoir, disent-ils, de prolonger de quelques mois la misérable existence des malades. Etre conséquent avec soi-même est une vertu en chirurgie comme en toute chose. »

Note A.

« Xanthus, Lydus historicus, in Lydiæ historiæ « secundo memoriæ prodit Gygem, Lydorum re- « gem, primum fœminas castrasse, quo illis semper « ætate florentibus uteretur. » (*Fragmenta histori-* « *corum græc.* Paris, Didot, 1841.)

« Lydi vero eo mollitiei progressi sunt ut etiam « fœminas castrarent, quod tradit Xanthus. » (*Athenæus*, lib. XII, c. 11, curante Schweighaeusero; Strasbourg, 1801.)

Suidas, Hésychius de Milet et Athénée de Naucratis répètent tous les mêmes paroles. L'historien Xanthus, d'après Euphore, aurait été contemporain d'Hérodote, sinon antérieur : Suidas le fait vivre au temps de la prise de Sardes (548, av. J. C.).

Dalechamp, dans l'Encyclopédie, prétend qu'il ne s'agissait pas de castration, mais simplement d'infibulation ou bouclage. Avec les mœurs des Lydiens, l'infibulation n'était peut-être pas un puissant préservatif de la jeunesse (V. Hérod. *Clio*. 93-94). Du reste, qu'on lise l'extrait suivant d'un voyage dans l'Inde, et l'on verra que les coutumes barbares des Lydiens n'ont pas disparu de l'Orient, et que, dans ces contrées, au lieu d'eunuques mâles, on a été jusqu'à préposer des femmes également mutilées à la garde du harem (*zinanah*).

« Quelques heures après mon arrivée au *Sérai*

(caravansérail, voisin de Feridabad), je vis venir trois chanteuses. Elles exécutèrent quelques danses mêlées de chant, au son d'un *tchiloumtchi* (tamtam de cuivre), ayant une légère dépression à son centre pour servir de point d'appui à une baguette de *pitel* (alliage de cuivre et d'étain), qu'un fakir *mahouli* (1) roulait entre ses doigts; il produisait ainsi un bourdonnement continu, entremêlé de vibrations tantôt lentes, tantôt rapides. La voix mâle des chanteuses, leur haute stature, leurs mouvements brusques, accompagnés de gestes expressifs, me firent d'abord craindre que ce ne fussent des *thâgs* (franc-maçonnerie d'assassins formant dans l'Inde une sorte de caste), déguisés comme c'est assez leur usage dans l'Hindoustan; le mot *hedjera* (en langue *ourdou*, eunuque), nom par lequel on les appelait, et que j'entendais prononcer pour la première fois, ne tendait qu'à fortifier cette croyance. Après bien des pourparlers, et moyennant quelques roupies (2), elles vinrent bien tard, dans la nuit, me visiter dans ma hutte. Elles me dirent que j'étais la première personne à qui elles découvraient leur nudité; que c'était pour elles un grand sujet de honte, à cause de l'état de stérilité forcée auquel elles étaient réduites. On sait que les Hindous, comme tous les Orientaux, y attachent le plus

(1) Fakirs eunuques, de la secte de Krischna, ayant subi l'amputation de la verge.

(2) Monnaie d'argent valant 2 fr. 50 c. environ.

grand opprobre, même pour la *kousbi* (courtisane hindoue).

« Point de gorge ni de mamelon ; l'ouverture du vagin entièrement oblitérée et ne montrant aucune marque de cicatrice ; le méat urinaire saillant et libre; atrophie complète du tissu cellulaire aux parties génitales, très-prononcée sur le reste du corps, quoique cependant à un dégré moindre ; point de poils, quoiqu'elles n'eussent jamais fait usage du rasoir ou de l'épilatoire usité chez les Hindous des deux sexes; pas de hanches, c'est-à-dire aussi peu développées que chez l'homme; on eût dit que les branches descendantes des pubis et les branches ascendantes des ischions s'étaient réunies et soudées à la place que devait occuper le vagin; cette partie, touchée avec la main, laissait sentir partout une légère saillie cartilagineuse sous-cutanée; les fesses étaient aplaties, les rotules saillantes; point de flux hémorrhoïdal, point d'hémorrhagie nasale pour suppléer au flux menstruel des époques périodiques ; point de désir vénérien pour l'un ni pour l'autre sexe.

« Ces femmes étaient grandes, bien musclées, jouissant d'une bonne santé et âgées d'environ 25 ans ; elles étaient de Feridabad ; elles parcouraient les villes et les villages prédisant les jours fastes et néfastes, et pratiquant la circoncision chez les enfants. Elles me dirent qu'il y avait à Delhi et à Agra plusieurs femmes de leur caste *bhaeni* (frères, sœurs), mais je n'ai pas eu occasion d'en ren-

contrer d'autres. Des officiers anglais, et des docteurs de la Compagnie, qui ont fait un long séjour aux Indes, m'ont dit n'avoir jamais eu connaissance de ces hedjeras.

« L'opération est-elle pratiquée chez elles de la même manière qu'on la fait sur les femelles des cochons? C'est ce que j'ignore. Je n'ai pu rien apprendre d'elles-mêmes. J'ai seulement découvert sur l'une d'elles, à la partie antérieure et supérieure de la crête des deux os des iles, une cicatrice d'un demi-pouce de circonférence; mais, comme ce stigmate n'existait pas chez les autres, je n'ai pu en tirer aucune conséquence. D'ailleurs il est d'habitude chez les Hindous de se faire cautériser avec un fer rouge sur toutes les parties du corps où il y a douleur, engorgement ou rhumatisme ; aussi n'en voit-on jamais sans cicatrices produites par ce mode de traitement. Un vieux brahme, avec lequel j'eus occasion de parler des *hedjeras*, à Indore (capitale du Malouah), m'assura qu'on produisait l'atrophie des ovaires en les piquant avec des aiguilles imprégnées dans le fruit du *bhel phoul*, encore vert. » (D[r] G. ROBERTS, membre de la Société orientale de Paris. *De Dehli à Bombay*, *fragment d'un voyage dans les provinces intérieures de l'Inde*, *fait dans l'année* 1841. Paris, DIDOT, 1843; in-8).

On a cité Strabon à propos de la castration des femmes ; mais ce que dit ce célèbre géographe ne se rapporte qu'aux hommes. Je transcris quelques passages :

« Supra Antiphili portum (côte Africaine de la « mer Rouge) sunt Creophagi, glandes mutili (*kolo-* « *boï*), et mulieres eorum judaice excisæ » (Strabo, édit. *Casauboni*, 1587, in-fol. lib. xvi, p. 530).

« Post Antiphili portum est alius portus, nomine « Mutilorum lucus, et Berenicæ civitas Sabaea, et « Sabæ civitas maxima.... Post Eumenis portum « usque in Diram et sex insularum Angustias « Ichthyophagi Creophagique habitant, et qui mu- « tili appellantur, usque in mediterraneam. » (*Ibid.* p. 531.) En parlant des Troglodytes, il dit : « Nudi « sunt et pelliti, et scuticas gestant, et sunt non « solum glandes mutili, sed etiam circumcisi non- « nulli, quemadmodum Ægyptii. » (P. 533.)

Ces coutumes orientales ont pénétré jusqu'en Europe. « Verumenimvero quia contingere potest « etiam interdum fœminas castrari, ut ad presens « in Germania usuvenire in quibusdam audivi, « nam et olim etiam castrabantur, cum constet « Andromitem, Lydorum regem, fœminas cas- « trasse, etc. » (Pauli Zacchiæ, *medici romani*, *Quæs- tiones med. leg.*, lib. ii, tit. 3, p. 104. Amst., 1651.)

Note B.

« Certe novi nobilem matronam cui puellæ per « injuriam externam vulnus obtigit in regione

« pubis, huic testes (ovaria) auferebantur, quæ « cæterum sana hactenus sterilis mansit. » Frank de Frankenau. *Satiræ medicæ.*

Percival Pott, dans son *Traité des hernies*, parle d'une jeune femme âgée de 23 ans, à laquelle il enleva les deux ovaires herniés, dont elle souffrait beaucoup, et qu'il ne fut pas possible de réduire. Après l'opération les règles s'arrêtèrent, le sein qui était très-gros s'affaissa, la femme devint plus maigre et en apparence plus muselée.

Jacques Nufer, châtreur de cochons du village de Sigershausen en Thurgovie (Suisse), fit l'opération césarienne sur sa femme vers 1500. Le fait se trouve tout au long dans l'*appendix* à la traduction latine du livre de François Rousset, par Caspar Bauhin, professeur à l'Académie de Bâle, publiée dans cette ville en 1588 (1). Des fils de cette femme vivaient encore du temps de Caspar Bauhin.

Le fait cité par Regnier de Graaf n'est pas moins curieux. « Castrata animalia, fœminas putamus, « non solum fæcunditate destituuntur, sed venereæ « voluptatis omnem deponunt appetitum. Quod in « suibus fœminis palam innotescere a Galeno et « aliis comprobatur. Cujus rei bene conscius rus- « ticus ille fuit, qui, Wiero teste, cum filiam suam « Amasio etam indulgere animadvertisset, ipsam

(1) ΥΣΤΕΡΟΤΟΜΟΤΟΧΊΑ Francisci Rousseti *Gallice primum edita, nunc vero* Caspari Bauhini, *Medicinæ Doct. et Profess. in Acad. Basiliensi opera latine reddita.* Basileæ, 1588. In-8.

« congrue vinculis obligatam castravit, ut erat forte
« sues fœminas castrandi peritus ; inde nata, amo-
« ris et libidinis oblita, rei tantum domesticæ se-
« dula deinceps operam navavit. » (R. de Graaf, *De mulierum organis generationi inservientibus*. Lugd. Batav., 1672, in-8 ; cap. 13 ; *De semine muliebri*, p. 198.)

Note C.

Les cas d'extirpation de matrice procidente sont assez nombreux pour que je croie inutile de faire de longues citations. Je me bornerai à indiquer le cas de la sage-femme Rosa Bertarelli, qui, le 20 janvier 1837, accoucha la femme Rosa Gazzola de son utérus avec les annexes, croyant avoir affaire à un second enfant. L'accouchée guérit. La sage-femme eut un procès et fut condamnée à un mois de prison et 30 fr. d'amende. (*Fait raconté par le Dr Rossi à une réunion de savants italiens, à Florence*, 1841.)

Wrisberg cite un cas semblable arrivé en 1787. La femme guérit également.

REMARQUES SUR LES TABLEAUX.

Dans les tableaux qui suivent, on trouvera une analyse de 250 observations que j'avais recueillies depuis longtemps et que des préoccupations particulières m'ont empêché de publier.

Ces observations font suite à celles de M. John Clay, de Birmingham (1).

Il y a eu guérison dans 156 cas, mort dans 94.

Dans les cas heureux, l'opération a été achevée 154 fois, n'a pas été achevée 2 fois. L'une des malades dont l'opération est restée inachevée est morte des suites de son kyste, huit ans plus tard; l'autre a guéri d'une manière définitive.

Sur les 154 cas d'opération complète suivis de guérison, il y a eu 148 fois ovariotomie, 3 fois excision de kystes implantés sur l'utérus, une ablation de tumeur utérine et 2 extirpations de l'utérus avec ses annexes. Dans un cas, la femme avait été opérée une première fois pour une affection semblable de l'autre ovaire.

(1) John Clay. *Chapters on diseases of the ovaries, translated from* Kiwisch's *clinical lectures, with an appendix on the operation of ovariotomy.* London, 1860.

Dans les cas suivis de mort, l'opération n'a pu êrte achevée 1 fois à cause des adhérences. Il y a eu ovariotomie complète 93 fois. Chez une femme, l'opération avait été pratiquée une première fois avec succès.

Chez 2 opérées, on a constaté que le kyste tenait au ligament large : l'une d'elles est morte.

50 opérations ont été pratiquées dans les hôpitaux : il y a eu 22 cas de guérison et 28 de mort.

Les personnes qui n'auraient pas connaissance de la statistique de M. John Clay en trouveront l'analyse dans ces mêmes tableaux.

J'ai appelé incision *longue* celle qui dépasse 6 pouces, et *courte* celle qui ne les dépasse pas.

M. John Clay appelle *courte* l'incision qui a moins de 4 pouces, *moyenne* celle qui varie entre 4 et 8 pouces, et *longue* celle qui dépasse ce dernier chiffre.

Dans les tableaux de la nature des tumeurs, on trouvera aux totaux un chiffre supérieur au nombre des observations. Cela est dû à ce que, dans certains cas, il y avait des tumeurs d'espèce différente à chaque ovaire.

Dans le tableau des âges, j'ai fait entrer non-seulement les cas où l'ovariotomie a été achevée, mais encore ceux où il y a eu excision partielle, ou ouverture du kyste, et les cas où l'opération a dû être abandonnée. Dans ce même tableau les *ordonnées*, ou lignes pointées verticales, correspondent chacune à une double série de cas (succès et insuccès), et quelquefois à une seule série, appartenant tou-

jours à un même âge. Ces lignes aboutissent, en haut, aux chiffres indiquant l'âge des malades, et en bas aux divers totaux représentant le nombre des femmes opérées à un âge donné. Les *abscisses*, ou lignes horizontales, aboutissent, à gauche, à des chiffres indiquant la hauteur de chaque série de cas.

Ces tableaux sont forcément tronqués, par la raison que les observations sont souvent incomplètes.

Je crois inutile de donner d'autres explications : l'étude des tableaux servira beaucoup mieux que ce que je pourrais dire.

TABLE STATISTIQUE

DES

250 Observations mentionnées plus haut.

NOM DES OPÉRATEURS.	LIEU ET DATE DE LA DERNIÈRE OPÉRATION.	Incision du kyste.		Excision partielle.	Extirpation de tumeurs ovariennes.		Extirpation de kystes implantés sur l'utérus.	Extirpation de tum. fibr. utérines	Totaux.
		guér.	mort.	guér.	guér.	mort.	guér.	guér.	
Washington L. Atlee.	Philadelphie, 26 octobre 1865......	»	»	»	»	»	»	»	96
E.-P. Bennet.......	Danbury, Ct., 17 juillet 1861.......	»	»	»	1	»	»	»	1
Berrut..............	Marseille, 29 octobre 1864..........	»	»	»	1	»	»	»	
Bezzi...............	Modène, 18 juin 1865...............	»	»	»	1	»	»	»	1 [1]
Bickersteth.........	Liverpool, 14 janvier 1862..........	»	»	»	»	1	»	»	1
Boinet..............	Environs de Paris, 15 sept. 1862....	»	»	»	1	1	»	»	2
W.-G. Breck.......	Springfield, Ms., 8 janvier 1862.....	»	»	»	1	»	»	»	1
I. Baker-Brown.....	Londres, 4 décembre 1862..........	»	»	1	19	12	»	»	32
Th. Bryant.........	Londres (hôp.), 16 octobre 1863.....	»	»	»	5	3	»	»	8
Ch.-E. Buckingham.	U. S. A., 4 juillet 1859...........	»	»	»	»	1	»	»	1
Byford..............	U. S. A., 30 mai 1860............	»	»	»	1	»	»	»	1
B. Childs...........	Londres (hôp.), 23 septembre 1861..	»	»	»	1	»	»	»	1
Ch. Clay...........	Manchester, décembre 1864........	»	»	»	13	5	»	1 [2]	19
J. Clay.............	Birmingham, 1er avril 1862.........	»	»	»	1	1	»	»	2
Cooper..............	San Francisco, Ca., 1862...........	»	»	»	»	1	»	»	1
Walter Coulson.....	Londres (hôp.), 4 mars 1862........	»	»	»	»	1	»	»	1
A. Courty..........	Montpellier, 25 juillet 1865.........	»	»	»	1	»	»	»	1
Crosby..............	U. S. A., 28 août 1859.............	»	»	»	1	»	»	»	1
T.-B. Curling......	Londres (hôp.), 22 mars 1861.......	»	»	»	»	1	»	»	1
Demarquay.........	St-Germain-en-Laye, 22 juill. 1862..	»	»	»	»	2	»	»	2
Desgranges.........	Lyon, 10 septembre 1862...........	»	»	»	1	»	»	»	1
Erichsen...........	Londres (hôp.), 24 décembre 1860...	»	»	»	»	1	»	»	1
Favell..............	Sheffield (hôp.), 22 octobre 1863....	»	»	»	»	1	»	»	1
W. Fergusson......	Londres (hôp.), 21 février 1863.....	»	»	»	1	1	»	»	2
G.-J. Fisher........	Sing-Sing, N. Y., 24 sept. 1861.....	»	»	»	1	»	»	»	1
Fletcher............	Liverpool (hôp.), 14 mai 1862.......	»	»	»	»	»	1	»	1
Cooper Forster......	Londres (hôp.), 22 avril 1863.......	»	»	»	»	2	»	»	2
S. Gamgee.........	Birmingham et Paris, 16 avril 1864.	»	»	»	2	3	»	»	5
Gay................	U. S. A., 1er février 1857.........	»	»	»	1	1	»	»	2
Gayet...............	Lyon, 11 février 1865..............	»	»	»	1	»	»	»	1
Gordon.............	Dublin, 1862......................	»	»	»	»	1	»	»	1
Grimsdale..........	Liverpool (hôp.), avril 1862........	»	1	»	»	1	»	»	2
F.-H. Hamilton.....	New-York (hôp.), 17 nov. 1860.....	»	»	»	»	1	»	»	1
Mitchel Henry......	Londres (hôp.), 23 avril 1862.......	»	»	»	»	1	»	»	1
Tim. Holmes.......	Londres (hôp.), 17 septembre 1863..	»	»	»	»	1	»	»	1
Robert Houstoun...	Ecosse, août 1701................	1	»	»	»	»	»	»	1
Huguier............	Meudon, 1863.....................	»	»	»	»	1	»	»	1
Hulke..............	Londres (hôp.), 2 décembre 1862....	»	»	»	»	1	»	»	1
Ed.-Ch. Hulme.....	Londres, 27 janvier 1863...........	»	»	»	»	1	»	»	1
Hutchinson.........	Londres (hôp.), 9 décembre 1862....	»	»	»	3	1	»	»	4
Ellis Jones.........	Liverpool (hôp.), 26 mai 1860.......	»	»	»	»	1	»	»	1
	A reporter.....	1	1	1	57	48	1	1	110

[1] La malade a succombé à une pleurésie compliquée d'éruption miliaire, 38 jours après l'opération.
[2] Utérus et annexes extirpés.

NOM DES OPÉRATEURS.	LIEU ET DATE DE LA DERNIÈRE OPÉRATION.	Incision du kyste.		Excision partielle.	Extirpation de tumeurs ovariennes.		Extirpation de kystes implantés sur l'utérus.	Extirpation de tum. fibr. utérines.	TOTAUX
		guér.	mort.	guér.	guér.	mort.	guér.	guér.	
	Report.....	1	1	1	57	48	1	1	110
Th. Keith..........	Edinburgh, octobre 1863............	»	»	»	4	2	»	»	6
G.-H. Kidd.........	Dublin, 20 mars 1862...............	»	»	»	»	1	»	»	1
Kimball............	Lowell, Ms., U. S. A., 1859.......	»	»	»	2	»	»	»	2
J. King............	Kentucky, U. S. A., 1808..........	»	»	»	1	»	»	»	1
E. Koeberlé........	Strasbourg, juin 1865.............	»	»	»	12	5	»	1[2]	18
L. Labbé	Paris, 19 juillet 1865............	»	»	»	1	»	»	»	1
Lacroix	Béziers, 24 octobre 1863..........	»	»	»	1	»	»	»	1
Long	Liverpool, 22 avril 1862..........	»	»	»	1	»	»	»	1
Lyon	Glasgow, 30 janvier 1863..........	»	»	»	»	1	»	»	1
Mac Ruer...........	U. S. A., 17 octobre 1859.........	»	»	»	1	»	»	»	1
Maisonneuve	Paris (hôp.), 8 octobre 1848......	»	»	»	»	1	»	»	1
Maunder............	Londres (hôp.), 16 septembre 1861..	»	»	»	1	»	»	»	1
Miller.............	U. S. A., 18 octobre 1860.........	»	»	»	1	»	»	»	1
Mootoosawmy-Moodelly-Manargoody.	Tandjaore (hôp.), 6 mars 1859......	»	»	»	1	»	»	»	1
De Morgan..........	Londres (hôp.), 28 octobre 1862.....	»	»	»	1	»	»	»	1
A. Nélaton.........	Paris, 1862.......................	»	»	»	2	2	»	»	4
R. Nelson..........	U. S. A., 1859....................	»	»	»	»	»	»	1	1
T.-W. Nunn.........	Londres (hôp.), 30 juillet 1860......	»	»	»	»	1	»	»	1
Parise	Lille, 4 août 1862................	»	»	»	»	1	»	»	1
E.-R. Peaslee......	U. S. A., 30 août 1862............	»	»	»	1	»	»	»	1
D. Peruzzi.........	Sinigaglia, 6 janvier 1865..........	»	»	»	»	1	»	»	1
Pollock............	Londres (hôp.), 28 août 1862.......	»	»	»	»	1	»	»	1
Reginald Henwood..	Brantford (Canada), 1860	»	»	»	1	»	»	»	1
Regnault...........	Rennes, 21 août 1863..............	»	»	»	1	»	»	»	1
M.-A. Richet.......	Paris (hôp.), 29 avril 1862...........	»	»	»	»	1	»	»	1
Lloyd Roberts......	Manchester (hôp.), 1er nov. 1860....	»	»	»	1	»	»	»	1
B. Roemer..........	U. S. A., 12 décembre 1858.......	»	»	»	1	»	»	»	1
Rubio	Séville, 6 novembre 1863..........	»	»	»	»	1	»	»	1
Serres d'Uzès......	Alais, 9 janvier 1864..............	»	»	»	1	»	»	»	1
J. Simon...........	Londres (hôp.), 17 février 1863......	»	»	»	1	»	»	»	1
James Young Simpson..............	Edinburgh, juin 1863..............	»	»	»	1	»	»	»	1
Skey...............	Londres (hôp.), avril 1862..........	»	»	»	»	1	»	»	1
Henry Smith........	Londres (hôp.), 27 juin 1863........	»	»	»	»	1	»	»	1
Tyler Smith........	Londres, 26 juin 1863.............	»	»	»	13	3	»	»	1
Soden..............	Bath (hôp.), 7 janvier 1863.........	»	»	»	»	1	»	»	1
Stutter............	Londres, 5 janvier 1862...........	»	»	»	1	»	»	»	1
J. Tanner..........	Londres (hôp.), novembre 1860......	»	»	»	1	»	»	»	1
Teale..............	Leeds (hôp.), 13 janvier 1862.......	»	»	»	1	1	»	»	[illegible]
Thompson...........	Northampton, Ms., U. S. A., 1861.	»	»	»	»	»	1	»	1
A. Valette	Lyon, 30 décembre 1860...........	»	»	»	»	1	»	»	1
Warren.............	U. S. A., 27 juin 1858............	»	»	»	»	1	»	»	1
T. Spencer-Wells...	Grande-Bret. et Irl., nov. 1863......	»	»	»	37	18[4]	1	»	5
Ch. Williams.......	Norwich (hôp.), 15 mars 1861......	»	»	»	1	»	»	»	[illegible]
	TOTAUX.....	1	1	1	148	93	3	3	25

1 Opération répétée sur la même personne.

2 Utérus et annexes extirpés.

3 Voir la note de la page 15. M. le professeur Nélaton, sans que je le lui aie demandé, m'a donn[é] le nombre des opérations qu'il la pratiquées jusqu'à ce jour (janvier 1866), les revers aussi bien qu[e] les succès. Il serait très-désirable que tous les chirurgiens suivissent cet exemple.

4 Une de ces opérées avait subi une opération semblable, 8 mois auparavant.

Tableau analytique de 250 observations. On a adapté à ce même tableau une analyse de 395 cas d'ovariotomie complète, réunis par M. CLAY de Birmingham.

		Menstruation.										Complications.				Incision.			Adhérences.				Liquide.				Organes dégénérés.				Pédicule.							Suture.		Mort causée par									Observations
	Hérédité.	Régulière.	Troublée.	Filles.	Mariées.	Mères.	Mariées, sans enfants.	Ayant subi une ou plusieurs ponctions.	Santé bonne.	— détériorée.	Grande émaciation.	Ascite.	Œdème.	Autres maladies.	Grossesse.	Longue.	Moyenne.	Courte.	Nulles.	Légères.	Étendues ou fortes.	Pelviennes.	Séreux.	Épais.	Tumeurs kystiques.	T. Solides.	Ovaire droit.	— gauche.	Les deux ov.	Utérus.	Long.	Court.	Grêle.	Gros.	Maintenu dans la plaie.	Maintenu dans l'abdomen.	Abandonné avec ligature perdue ou après torsion.	Traversant le péritoine.	Ne le traversant pas.	Ébranlement.	Épuisement.	Hémorrhagie.	Péritonite primitive.	Péritonite secondaire.	Abcès.	Infection purulente.	Tétanos.	Érysipèle.	
Guérison . .	2	13	4	37	57	39	7	53	18	20	4	15	5	2	»	39	»	71	27	35	33	1	3	32	150	7	26	24	9	2	12	9	8	20	83	29	7	59	44	»	»	»	»	»	»	»	»	»	(1) Dans trois cas, les kystes étaient implantés sur l'utérus.
Mort	»	6	6	20	35	19	5	34	11	16	4	10	8	2	1	16	»	30	16	20	28	8	1	24	92	2	16	15	8	»	8	2	10	9	48	12	3	35	19	5	12	5	30	6	2	1	3	1	(2) Dans trois cas, il s'agissait de tum. fibr. de l'utérus.
Totaux. .	2	19	10	57	92	58	12	87	29	36	8	25	13	4	1	55	»	101	43	55	61	9	4	56	242 (1)	9 (2)	42	39	17	2	20	11	18	29	131	41	10	94	63	5	12	5	30	6	2	1	3	1	
Guérison . .	»	29	14	46	93	50	12	69	21	17	47	»	»	21	2	102	38	36	68	66	67	5	»	»	202	14	15	15	7	1	»	»	»	»	23	113	»	9	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	Tiré du livre de M. J. Clay.
Mort	»	12	12	46	66	30	8	56	21	25	46	»	»	27	2	45	35	37	31	45	66	5	»	»	176	12	13	12	14	»	»	»	»	»	28	58	»	11	»	25	»	24	64	»	3	1	2	»	
Totaux. . .	»	41	26	92	159	80	20	125	42	42	93	»	»	48	4	147	73	73	99	111	133	10	»	»	378	26	28	27	21	1	»	»	»	»	51	171	»	20	»	25	»	24	64	»	3	1	2	»	

ingham.

… PAR				
Abcès.	Infection purulente.	Tétanos.	Érysipèle.	OBSERVATIONS
»	»	»	»	(1) Dans trois cas, les kystes étaient implantés sur l'utérus.
2	1	3	1	(2) Dans trois cas, il s'agissait de tum. fibr. de l'utérus.
2	1	3	1	
»	»	»	»	Tiré du livre de M. J. Clay.
3	1	2	»	
3	1	2	»	

(250 cas.)

DURÉE DE LA MALADIE.

DURÉE.	3 mois à 1 an.	1 an à 2.	2 à 3.	3 à 4.	4 à 5.	5 à 6.	6 à 7.	7 à 8.	8 à 9.	9 à 10.	10 à 11.	11 à 12.	12 à 13.	13.	18.	38.	Plus. années.	Totaux.
Guérison..	7	24	24	12	7	5	3	3	1	»	»	1	»	»	»	»	4	91
Mort. . . .	9	15	13	10	1	2	»	»	2	»	2		»	1	1	1	3	60
Totaux. . .	16	39	37	22	8	7	3	3	3	»	2	1	»	1	1	1	7	151

NOMBRE DES PONCTIONS.

PONCTIONS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	27	35	Plusieurs ponctions.	Totaux.
Guérison. .	26	11	4	»	1	3	»	1	1	»	»	1	2	1	»	2	53
Mort. . . .	10	9	5	»	1	4	1	2	»	»	»	»	»	»	1	1	34
Totaux. .	36	20	9	»	2	7	1	3	1	»	»	1	2	1	1	3	87

NATURE DES TUMEURS.

ESPÈCES.	TUMEURS OVARIENNES KYSTIQUES.										T. OV. SOLIDES				T. UTÉR.		TOTAUX.
	Kystes simples.	K. biloculaires.	K. multiloculaires.	K. composés.	K. alvéolaires.	Cysto-sarcomes.	Cysto-carcinomes.	K. dermoïdes.	K. hydatiques.	K. indéterminés.	Tumeurs fibreuses.	T. fibro-cartilagin.	T. squirrheuses.	Cancer.	kystiques.	fibreuses.	
Guérison..	9	»	74	2	5	4	»	1	»	52	3	»	»	(1) 1	3	3	157
Mort. . . .	9	»	45	3	6	1	1	»	»	27	1	»	1	»	»	»	94
Totaux. . .	18	»	119	5	11	5	1	1	»	79	4	»	1	1	3	3	251

(1) N° 126. La malade a succombé, six mois après l'opération, à un cancer de la matrice.

(John CLAY, de Birmingham.)

(395 cas.)

DURÉE DE LA MALADIE.

DURÉE.	6 mois à 1 an.	1 an à 2.	2 à 3.	3 à 4.	4 à 5.	5 à 6.	6 à 7.	7 à 8.	8 à 9.	9 à 10.	10 et au-dess.	TOTAUX.
Guérison. . .	21	31	12	10	6	8	4	3	»	1	10	106
Mort.	11	29	16	9	5	7	1	1	1	2	5	87
Totaux. . .	32	60	28	19	11	15	5	4	1	3	15	193

NOMBRE DES PONCTIONS.

PONCTIONS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Plus. ponct.	TOTAUX.
Guérison. . .	29	13	7	3	2	1	4	2	»	»	8	69
Mort.	23	9	2	5	1	1	1	2	1	2	9	56
Totaux. . .	52	22	9	8	3	2	5	4	1	2	17	125

NATURE DES TUMEURS.

ESPÈCES.	TUMEURS OVARIENNES KYSTIQUES.										T. OV. SOLIDES.				T. UTÉR.		TOTAUX.
	Kystes simples.	K. biloculaires.	K. multiloculaires.	K. composés.	K. alvéolaires.	Cysto-sarcomes.	Cysto-carcinomes.	K. dermoïdes.	K. hydatiques.	K. indéterminés.	Tumeurs fibreuses.	T. fibro-cartilagin.	T. squirrheuses.	Cancer.	kystiques.	fibreuses.	
Guérison..	25	4	85	38	4	3	»	»	1	42	7	1	5	»	»	1	216
Mort. . . .	22	3	80	16	4	2	8	5	»	36	8	1	1	1	»	1	188
Totaux. . .	47	7	165	54	8	5	8	5	1	78	15	2	6	1	»	2	404

Tableau synoptique indiquant l'âge des malades et le résultat des opérations.

(Les 0 indiquent les cas de guérison; les † les cas de mort.)

AGES des femmes operees.	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·
17	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	†	·	·	·	·	·	·	·	0	·	·	·	·	·	·	·
16	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	0	·	·	·	·	†	·	·	·	·	·	·	·	0	·	·	·	·	·	·	·
15	·	·	·	·	·	·	·	·	·	†	0	·	·	·	·	†	·	·	·	·	·	·	·	0	·	·	·	·	·	·	·
14	·	·	·	·	·	·	·	·	·	†	0	·	·	·	·	†	·	·	·	·	·	·	·	0	·	·	·	·	·	·	·
13	·	·	·	·	·	·	·	·	·	†	0	·	·	·	·	†	·	·	·	·	·	·	·	0	·	·	·	·	·	·	·
12	·	·	·	·	·	·	·	·	0	†	0	·	·	·	·	†	·	·	·	·	·	·	·	0	·	·	·	·	·	·	·
11	·	·	·	·	·	·	·	·	0	†	0	·	·	0	·	0†	·	0†	·	·	†	·	·	0	·	0	·	·	·	·	·
10	·	·	·	·	·	·	·	·	0	0†	0	·	0	0	·	0†	·	0†	0	·	0†	·	·	0	·	0	·	·	·	·	†
9	·	·	·	·	·	·	0	0	0	0†	0	0	0†	0†	0	0†	·	0†	0	·	0†	·	·	0†	·	0†	·	·	·	·	†
8	·	·	·	·	·	†	0	0	0	0†	0	0	0†	0†	0	0†	·	0†	0	·	0†	0	0†	0†	·	0†	·	·	·	·	†
7	·	·	·	·	·	0†	0	0	0	0†	0	0	0†	0†	0	0†	0	0†	0	·	0†	0	0†	0†	†	0†	·	0	·	·	0†
6	·	·	·	·	0	0†	0	0†	0†	0†	0	0†	0†	0†	0†	0†	0	0†	0	·	0†	0	0†	0†	0†	0†	0	0	·	·	0†
5	·	·	·	·	0†	0†	0	0†	0†	0†	0	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0	0	0†	0	0†	0†	0†	0†	0	0	†	·	0†
4	·	·	0	0	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0	0†	0†	0†	0†	0	0	†	·	0†
3	·	†	0	0	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0	0†	†	0	0†
2	·	0†	0	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0	0†
1	0	0†	0	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†
Totaux.	1	5	4	6	11	15	13	15	18	25	20	15	19	20	15	28	12	22	14	9	21	11	16	26	13	20	8	10	7	4	17

AGES des femmes operees.	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	RÉSULTAT.
	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
17	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
16	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
15	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	Guérison... 313
14	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
13	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
12	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
11	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
10	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
9	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
8	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	Mort....... 229
7	·	·	·	·	0	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
6	0	·	·	0	0	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
5	0	0†	·	0	0†	·	·	·	0	·	0	0	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
4	0†	0†	0	0	0†	·	†	0	0	0	0	0	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
3	0†	0†	0†	0	0†	0	†	0	0	0	0	0	0†	†	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
2	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0	0	0	0†	0	0†	†	·	0	·	·	·	0	·	·	·	·	·	·	·	·	·	·	
1	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0†	0	0†	0	0†	0†	0†	†	·	0†	·	†	·	0	·	·	0	·	·	·	·	·	·	0	
Totaux.	10	10	7	8	12	5	6	4	6	4	7	6	6	3	»	3	»	1	»	2	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1	= 542